LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophtalmologie : Exostoses des deux orbites, par le Dr A. Chevallereau, p. 705. — **Bibliographie** : Massage thérapeutique, par le Dr E. Hugon, p. 706. — **Académie de médecine**: *Séance du 7 novembre* 1899. — *Présidence de M. Panas.* — Rapports de prix, p. 706. — Complications orbitaires provenant de l'inflammation des cellules ethmoïdales, p. 707. — Les effets pathogéniques des variations quantitatives de la vapeur d'eau de l'atmosphère à Paris, p. 707 — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 27 octobre* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Erythème infectieux et purpura hémorragique, p. 707. — **Association française d'urologie** (4e session, octobre 1899. — *Deuxième séance.* — 20 *octobre.* — *Présidence de M. le professeur Malherbe.* — Traitement abortif de la blennorrhagie, p. 708. — Traitement abortif de l'uréthrite gonococcique, p. 708. — Abcès para-uréthral à gonocoques sans blennorrhagie urétrale, p. 708. — Traitement des uréthrites chroniques, p. 709. — Remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles, p. 709. — Des calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme, p. 709. — Abcès latents de la prostate, p. 710. — Phénomènes du prostatisme dans la prostatite chronique, p. 710 — Traitement de la prostatite chronique, p. 710. — Lithotritie uréthrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique, p. 710. — *Troisième séance*, 20 *octobre.* — *Présidence de M. le professeur Malherbe.* — Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de 10 ans. Cure radicale, p. 710. — Contribution à l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité, p. 713. **Société de chirurgie** : *Séance du 8 novembre* 1899. — *Présidence de M. Pozzi.* — Plaie de l'artère fessière par coup de couteau, p. 713. — Ostéome du bras et de l'avant-bras, 713. — Coup de pied de cheval. Laparotomie, p. 714. — Grossesse extra-utérine. Laparotomie. Guérison, p. 714. — Trépanation chez un petit enfant pour abcès du cerveau d'origine otique. Guérison, p. 714. — Kyste dermoïde de l'orbite. Guérison, p. 714. — Plaie de l'abdomen par balle de revolver. Laparotomie. Guérison, p. 714. — **Mémento pratique**, p. 715. — **Variétés** : La bactériologie de la mer, p. 715. — (XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2 9 août 1900) (*Suite et fin*) p. 716. — **Nouvelles**, p. 717.

OPHTHALMOLOGIE

Exostoses des deux orbites (1).

Par M. le Dr A. Chevallereau

La malade que je vous présente, âgée de 30 ans, est venue à la consultation des Quinze-Vingts, au mois de mai 1897, se plaignant d'exophthalmie et de troubles de la vue. Depuis un mois environ et jusqu'à son arrivée à la clinique, elle ressentait chaque jour, vers 4 heures de l'après-midi, de violentes douleurs de tête qui duraient environ une heure, puis disparaissaient jusqu'au lendemain. Depuis le même temps, son œil droit faisait saillie et la vue avait baissé.

L'œil droit, comme il l'est encore aujourd'hui, était projeté directement en avant, faisant une saillie de 6 ou 7 millimètres au-devant du plan vertical et transversal passant par le sommet de la cornée gauche. Il y avait en même temps une ophthalmoplégie complète, l'œil était comme figé dans l'orbite et ne pouvait faire aucun mouvement dans aucun sens. Actuellement, tous les muscles moteurs de l'œil se contractent, mais ils ne peuvent provoquer des mouvements que de 2 millimètres environ dans chaque sens.

La compression faite sur le globe ne le fait en rien rentrer dans l'orbite; l'œil semble être refoulé en avant, par une masse absolument résistante. Il n'y a du reste aucune pulsation, aucun battement.

La palpation des parties voisines fait constater des phénomènes qui ne se sont pas sensiblement modifiés depuis les deux ans passés que cette malade est en observation. A la partie supérieure et interne de l'orbite, on constate une masse dure, nettement arrondie, allongée de haut en bas et de dehors en dedans et que la pression, tout à fait indolore d'ailleurs, permet de refouler très peu en arrière. A la partie externe de l'orbite, au niveau de la glande lacrymale, on sent également une masse dure, arrondie, immobile, beaucoup moins volumineuse que la précédente. Enfin tout le rebord orbitaire inférieur est comme doublé au-dessus par une saillie osseuse également lisse, arrondie, plus prononcée du côté de l'angle externe et diminuant à mesure qu'on se rapproche de l'angle interne. Cette dernière saillie osseuse était notablement plus prononcée au début qu'elle ne l'est aujourd'hui.

L'examen ophthalmoscopique montre la papille étranglée classique et très prononcée : neuro-rétinite et œdème péripapillaire très intenses avec augmentation considérable du calibre et des sinuosités des veines.

L'œil gauche, à cette époque, n'avait aucune modification dans son aspect extérieur, mais il y avait déjà de la neuro-rétinite, quoique beaucoup moins prononcée que du côté droit. Deux mois après, alors que les saillies dures avaient un peu diminué à droite, nous avons commencé à remarquer à gauche, au niveau de l'angle interne, une tumeur dure, qui se fond absolument avec les parties voisines et qui n'est nettement limitée que du côté du globe du l'œil, c'est-à-dire en dehors. Cette saillie osseuse ne s'est d'ailleurs pas sensiblement modifiée depuis lors; l'œil est très légèrement en strabisme divergent, d'une dizaine de degrés à peine, et tous ses mouvements se font bien.

L'évolution de cette double névrite optique a été ce qu'elle est d'habitude; à droite l'atrophie papillaire est complète, avec vaisseaux fortement rétrécis. A gauche, la maladie semble s'être arrêtée dans son évolution; la papille est un peu pâle, mais la vision est restée très satisfaisante, 2/3. Il n'y a aucun autre phéno-

(1) Communication à la *Société d'ophthalmologie de Paris.*

mène que ceux que nous venons de signaler : la sensibilité de la peau, de la conjonctive, de la cornée, de la muqueuse nasale est absolument intacte; l'odorat est conservé. Il n'y a depuis longtemps aucune douleur en aucun point. Les sinus frontaux et maxillaires ne présentent aucune particularité et, si l'on veut faire partir ces tumeurs des sinus de la face, comme on le fait en général, les sinus sphénoïdaux pourraient seuls être incriminés. Cette origine serait d'ailleurs en rapport avec ce fait que la propulsion de l'œil droit s'est faite directement en avant, sans aucune déviation d'un côté ou de l'autre.

Cette femme a toujours eu et conserve encore une santé générale parfaite, et nous n'avons pu relever chez elle aucune tare syphilitique ou arthritique, ou scrofuleuse; elle n'a même aucun antécédent morbide. D'autre part, elle n'a jamais eu aucune grossesse. L'étiologie est donc ici, comme à l'habitude, tout à fait obscure. Il n'est pas facile d'en faire une affection en rapport avec l'évolution des sinus, puisque l'affection a commencé à un âge relativement avancé, à 30 ans; et il est encore moins facile d'en faire remonter le début, comme on l'a fait, à la vie intra-utérine, puisque l'affection semble avoir évolué très rapidement, la malade dit en l'espace d'un mois.

Malgré l'absence de tout antécédent spécifique, nous avons soumis la malade aux injections hypodermiques de mercure, un centigramme de cyanure trois fois par semaine pendant trois mois; depuis, elle a pris d'une façon à peu près continuelle de l'iodure de potassium. On a vu que le résultat de ce traitement était peu marqué.

Nous n'avons jamais été tenté de faire ici un traitement chirurgical; cette production osseuse, car nous ne croyons pas qu'il soit possible de faire ici un autre diagnostic, est beaucoup trop généralisée; elle double presque partout le rebord de l'orbite droite et nous ne pourrions en tenter l'extirpation sans sacrifier complètement le globe de l'œil; puis il resterait la tumeur de l'angle interne de l'orbite gauche. Les résultats publiés sont d'ailleurs peu encourageants; on connaît la statistique de Berlin qui, sur 32 résections ou extirpations pour ostéomes de l'orbite, eut 8 morts par méningite, soit 25 pour 100; on peut même dire 38 0/0 en ne tenant compte que des ostéomes de la voûte.

Depuis, il est vrai, on a publié un certain nombre de cas favorables, mais d'autre part, deux observations du professeur Panas, dans lesquelles l'opération faite selon toutes les règles de la méthode antiseptique, se termina rapidement par la méningite et la mort, montrent qu'on ne saurait être trop réservé.

Nous nous sommes donc borné chez cette malade à un traitement purement médical.

D'ailleurs l'évolution de cette tumeur semble arrêtée, provisoirement au moins ; l'état général est parfait, l'acuité visuelle de l'œil gauche est presque normale; nous ne voyons donc aucun avantage à faire courir à cette femme des risques qui seraient mal compensés par des chances de succès.

BIBLIOGRAPHIE

Massage thérapeutique, par le Dr E. Hugon. Paris, Vigot frères, édit. 1900.

Le massage est sorti aujourd'hui de l'obscurité où il était confiné par l'empirisme ; il est devenu, entre les mains des médecins, un véritable moyen thérapeutique dont les modes d'emploi, les indications et les contre-indications sont bien définis. Le médecin non spécialiste s'intéresse au massage, il le prescrit volontiers et nul doute qu'il pourrait en tirer encore un meilleur parti s'il en connaissait, ne fût-ce que théoriquement, toutes les ressources.

M. Hugon a donc fait une œuvre fort utile en publiant son manuel de massage qui sera à l'occasion consulté avec fruit par ses confrères. La raison d'être de ce manuel est que le massage médical s'adresse à des affections bien déterminées et qu'il demande, pour être appliqué avec succès, des connaissances spéciales.

Après avoir décrit la technique et les diverses opérations du massage, l'auteur développe ses diverses actions physiologiques sur l'appareil digestif, le système nerveux, la circulation, sur les muscles et les sécrétions. La deuxième partie est l'exposé de la massothérapie particulière et passe en revue les principales affections qui peuvent être modifiées ou guéries par le massage. M. Hugon nous montre ainsi les résultats qu'on peut retirer du massage et comment il doit être appliqué dans les maladies du système digestif, les dyspepsies, les gastralgies, la dilatation de l'estomac, les vomissements incoercibles de la grossesse, la constipation, l'entérite chronique, la lithiase biliaire, les coliques hépatiques. Le massage est une ressource thérapeutique dans certaines maladies des reins, dans bon nombre d'affections gynécologiques, dans des maladies nerveuses très diverses, dans les affections articulaires et péri-articulaires, dans les affections du système musculaire, l'obésité, le diabète, le rhumatisme et la goutte, les déviations de la colonne vertébrale. L'auteur montre enfin le parti qu'on peut tirer du massage en ophtalmologie et dans certaines maladies de la peau. Cet exposé méthodique des pratiques et des indications du massage dans les maladies sera très apprécié des confrères qui y trouveront facilement les renseignements nécessaires pour chaque cas particulier, comme dans un formulaire spécial. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 novembre 1899. — *Présidence de* M. Panas.

Rapports de prix. — M. Delorme lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Laborie.

M. Ch. Monod lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix d'Argenteuil.

M. Landouzy lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Monbinne.

M. Roux lit le rapport sur le prix Audiffred.

M. Gariel lit le rapport sur le prix Buignet.

Complications orbitaires provenant de l'inflammation des cellules ethmoïdales. — M. Edmond Kœnig. La symptomatologie de cette affection a une certaine analogie avec l'empyème de l'éthmoïde, mais elle en diffère par la production d'une ostéo-périostite hyperplasique toujours localisée à la paroi supéro-interne de l'orbite, susceptible de résorption. A la suite de quelques phénomènes généraux de peu de gravité, il survient brusquement aux paupières d'un œil une tuméfaction avec rougeur de la peau. A l'angle interne on constate la présence d'une petite tumeur douloureuse à la pression, rénittente, sans fluctuation. Quelques jours après l'œdème des paupières diminue graduellement, et dans la suite on constate la persistance d'une petite saillie osseuse très dure, preuve qu'il y a eu là un foyer d'ostéo-périostite. M. Kœnig a observé trois cas de ce genre, deux fois une incision fut pratiquée au niveau de la tumeur qui ne donna issue qu'à du sang. Ces accidents sont généralement précédés de symptômes du côté des fosses nasales, gêne de la respiration, coryza aigu, épistaxis, mais ils peuvent manquer.

Les cellules ethmoïdales n'étant séparées de l'orbite que par une membrane très mince, la disposition anatomique particulière de la région facilite la propagation à l'orbite et aux cavités voisines de la phlegmasie. Tout le point de départ est une cellulite ethmoïdale plus ou moins accentuée. L'auteur établit par des considérations basées sur la comparaison des symptômes avec ceux des autres lésions, sur la localisation de cette ostéo-périostite, sur l'évolution et la marche des accidents qui n'ont pas varié.

Au contraire de ce qui a lieu pour l'empyème, le pronostic est bénin ; aucune complication n'est à craindre. De nombreux travaux ont été publiés sur les sinusites frontales, mais les complications orbitaires des ethmoidites sont beaucoup moins connues.

En décrivant celles qui se manifestent sous la forme d'ostéo-périostite, l'auteur contribue à élargir le cadre des données que l'on possède sur cette curieuse affection si utile à bien connaître et à bien diagnostiquer en raison du voisinage de l'ethmoïde avec l'œil, les cavités orbitaires et le cerveau.

Les effets pathogéniques des variations quantitatives de la vapeur d'eau de l'atmosphère à Paris. — M. le Dr Chiaïs (de Menton). La vapeur d'eau dans les conditions du milieu atmosphérique peut passer par les trois états : gazeux, liquide, solide, et *vice versa*. Elle passe nécessairement de l'état gazeux à l'état liquide, quand l'air, saturé de vapeur d'eau, atteint la température de la limite de tension de cette vapeur. La quantité de vapeur d'eau varie donc nécessairement dans l'atmosphère qui est un milieu en contact avec l'eau solide et liquide par ses couches inférieures et dont la température varie incessamment.

En 1894, on relevait à Paris, le 4 janvier, un minimum de 1 gramme de vapeur d'eau par mètre cube et le 24 août un maximum de 17 gr. 4. Le 12 février de la même année, à 1 heure du matin, l'air de Paris contenait 7 gr. 5 de vapeur d'eau par mètre cube ; le 15 février à la même heure, il n'en contenait que 1 gr. 7. Le fait de la variation quantitative de la vapeur d'eau dans l'air est général. La substitution brusque d'un courant Nord à un courant Sud dans la région méditerranéenne peut amener des écarts énormes dans la quantité de vapeur d'eau atmosphérique. M. le Dr Gueirard a constaté le 15 octobre 1890, à midi, une quantité de vapeur d'eau de 11 grammes par mètre cube, à minuit le mètre cube d'air ne contenait plus que 2 gr. 8.

Les variations quantitatives de la vapeur d'eau modifient les conditions d'absorption, de transmission et de réflexion de la chaleur, de la lumière, de l'électricité. Elles agissent profondément sur l'organisme humain. Les écarts quantitatifs de la vapeur d'eau de l'atmosphère acquièrent une action pathogénique quand ils s'écartent d'un *optimum minimum* que l'observation fixe entre 5 et 6 grammes ou d'un *optimum maximum* qui est de 12 à 13 grammes.

Si l'air contient moins de 5 grammes d'eau à l'état de vapeur par mètre cube, la morbidité croît par maladies congestives et la mortalité s'accentue surtout du fait des maladies qui se localisent sur les voies respiratoires (bronchites aiguës et chroniques, pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies, phtisie pulmonaire et des maladies cardiaques chroniques, des maladies congestives cérébrales et de la vieillesse). Si l'air contient plus de 14 grammes de vapeur d'eau, c'est par aggravation des maladies gastro-intestinales (atrepsie et gastro-entérite infantiles) que la mortalité s'élève à Paris.

Quand la quantité de vapeur d'eau revient entre ses limites optimum (6 grammes et 12 grammes) la mortalité générale décroît rapidement et revient à son taux minimum.

Tous les climats ne présentent pas les mêmes modifications quantitatives de la vapeur d'eau atmosphérique. La durée des écarts en deçà ou au delà des limites optimum n'ont pas partout la même durée. Il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire de tenir compte de ces particularités climatériques, car il n'est pas indifférent qu'un sanatorium, par exemple, soit établi ici plutôt que là. Pour juger la valeur de telle ou mesure d'hygiène, il ne faut jamais perdre de vue le rôle pathogénique énorme que jouent les variations quantitatives de la vapeur d'eau atmosphérique.

A 5 heures 5, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.

Erythème infectieux et purpura hémorragique. — M. Londe. Cette observation concerne un malade de vingt-trois ans et peut se résumer ainsi :

1° Au point de vue étiologique, l'infection secondaire, probablement streptococcique, paraît être survenue dans le décours d'une fièvre typhoïde.

2° Au point de vue symptomatique, l'évolution de cette infection secondaire multiforme a été marquée par plusieurs étapes : *a*) entérite membraneuse ; *b*) angine et érythème polymorphe ; *c*) hémorragies viscérales ; *d*) zona.

3° Au point de vue de la pathogénie il est évident que l'entérite a été la cause de l'infection secondaire.

4° Le traitement par l'arsenic, préconisé par M. Hayem, a été tout à fait favorable.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

QUATRIÈME SESSION, OCTOBRE 1899

Deuxième séance — 20 octobre

Présidence de M. le professeur MALHERBE.

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. B. MOTZ (Paris). Je présente les résultats obtenus par ma méthode dans le traitement abortif de la blennorrhagie. Si le malade est dans les conditions nécessaires pour le traitement abortif, je fais immédiatement le lavage de l'urèthre antérieur (segment par segment) avec la solution de permanganate de potasse à 1 p. 500. Douze heures après, je lave l'urèthre antérieur avec la solution du permanganate de potasse à 1 p. 1000 et à la fin de la séance, je change la solution et je fais le lavage de l'urèthre postérieur avec la solution à 1 p. 2000. Si la sécrétion diminue et devient plus liquide, je continue à faire les lavages de l'urèthre antérieur avec du permanganate de potasse à 1 p. 2000 et douze heures après les lavages des deux urèthres avec la même solution. Si au contraire le sécrétion ne diminue pas, je fais encore un troisième et quatrième lavage avec la solution de permanganate à 1. p. 1 000.

Sur 25 cas soignés par cette méthode, j'ai obtenu vingt-trois fois des résultats très satisfaisants; deux fois je n'ai pas pu appliquer ma méthode à cause de l'impossibilité de passer dans l'urèthre postérieur.

M. NOGUÈS (de Paris). A l'appui des conclusions du Dr Motz, je dirai que tout le secret du traitement abortif de la blennorrhagie me paraît résider dans les deux points suivants : d'abord la nécessité de n'intervenir que chez les malades qui sont encore à la période préinflammatoire de la blennorrhagie et de s'abstenir de tout traitement chez ceux qui sont entrés dans la période des accidents aigus, en second lieu, saisir avec précision l'indication du lavage de l'urèthre postérieur. Sur ce point, après avoir défendu des opinions un peu différentes, je me déclare partisan résolu du lavage systématique de l'urèthre postérieur. Sans doute on peut avoir des succès en ne lavant que l'urèthre antérieur, mais c'est là l'exception et comme il est difficile de saisir le moment précis où se fait l'infection de l'urèthre postérieur, il vaut mieux ne pas s'abstenir et procéder à une désinfection complète. Or le mérite de M. Motz a été de nous indiquer une heureuse formule qui nous permet de laver la totalité du canal sans avoir ces réactions vives, ces douleurs aiguës, ces uréthrorrhagies et même ces rétentions qui ont été signalées. Depuis un ans, j'emploie dans son intégralité la méthode de M. Motz et si je n'ai pas de résultat chiffres à apporter, je garde le conviction profonde que cette méthode a une incontestable supériorité, autant au point de vue des accidents à l'abri desquels elle nous met que des résultats thérapeutiques qu'elle fournit.

M. GUIARD (de Paris). Je continue d'être opposé à l'emploi systématique des doses fortes comme traitement abortif. La réaction séreuse qu'elles déterminent me paraît devoir être soigneusement évitée. Le sérum, on le sait, est le meilleur terrain de culture pour les gonocoques et la sérosité uréthrale en est abondamment chargée. D'autre part, les doses fortes ont l'inconvénient d'être douloureuses et de provoquer fréquemment des accidents. Les doses faibles de 1 p. 5 000 à 1 p. 10 000 ont le grand avantage d'être aussi efficaces et de ne produire ni douleurs, ni hématuries, ni réaction séreuse, ce qui prouve que cette dernière est loin d'être indispensable pour la guérison.

M. NOGUÈS. Les doses que M. Guiard appelle fortes me paraissent cependant s'imposer dans plusieurs cas; dans les formes subaiguës, je commence par les lavages à 1/400 pour tâter la susceptibilité de mon malade et habituer le sphincter à se laisser franchir. Or trés souvent, pendant que j'en reste à ces doses faibles l'écoulement purulent persiste et il faut que j'arrive à des solutions à 1/2000 à 1/15000 pour voir cette sécrétion remplacée par un liquide clair qui indique que l'on est sur la voie du traitement.

Traitement abortif de l'urèthrite gonococcique. — M. KEERSMAECHER (d'Anvers). Le traitement abortif ne doit pas être confondu avec un traitement héroïque. Il n'est possible qu'au début de la maladie. L'uréthrite commence au moment de la culture intra-uréthrale du gonocoque ; donc immédiatement après le coït infectant. Comme on ne peut pas se baser sur un symptôme quelconque souvent très mal observé par le malade, on doit rechercher le moment du coït infectant. Si on se trompe à ce sujet, on risque d'instituer le traitement abortif alors qu'il ne peut plus être question que d'un traitement simplement curatif, héroïque si on veut, mais ne pouvant plus s'appeler abortif. Je me sers des grands lavages, mais au moyen de la sonde et de la seringue. J'estime que le traitement abortif doit être limité aux quatre jours qui suivent le coït incriminé.

M. GUIARD (de Paris). Le coït infectant est difficile à préciser et ne peut guère servir à fixer le début de la maladie, et il faut s'en tenir à l'apparition du premier symptôme. L'emploi de la sonde me paraît de nature à produire un traumatisme regrettable ; les lavages sans sondes doivent à mon avis être préférés. Il est même utile de pratiquer d'abord dans presque tous les cas une instillation de cocaïne pour rendre le sphincter moins résistant et réduire ainsi au minimum le traumatisme des manœuvres.

Abcès para-uréthral à gonocoques sans blennorrhagie uréthrale. — M. GENOUVILLE (de Paris). Chez un malade, deux culs-de-sac glandulaires s'ouvrant à côté du frein donnèrent du pus pendant six semaines sans que l'urèthre fût contaminé. L'incision des trajets fistuleux amena une guérison rapide.

E. REYMOND (de Paris). J'ai eu l'occasion d'observer un fait très analogue à celui que vient de signaler M. Genouville, mais je ne crois pas, comme lui, qu'il s'agisse toujours, en pareil cas, d'abcès d'origine glandulaire. J'ai publié ici même, il y a deux ans, en collaboration avec mon maître M. Hartmann, un cas d'abcès para-uréthral survenu chez une femme, et l'examen histologique des parois de la poche nous a montré que celle-ci était constituée aux dépens d'un conduit vraisemblablement congénital.

Quant au malade blennorrhagique, auquel je fais allusion, il présentait un léger degré d'hypospadias et au niveau de son méat deux canaux symétriquement disposés, parallèles à l'urèthre, ayant 4 centimètres de longueur. Chacun de ces canaux s'ouvrait d'une part à l'extérieur et d'autre part dans le canal. Alors que la blennorrhagie du malade semblait guérie par les lavages de l'urèthre, survenait une petite collection au niveau d'un des canaux dont les deux orifices se fermaient ; la collection augmentant un des orifices s'ouvrait à nouveau et si c'était l'orifice externe on en voyait sortir un pus épais contenant à foison des gonocoques.

Des instillations de solution forte de permanganate faites dans ces conduits ont permis de débarrasser le malade de cette cause de récidive blennorrhagique.

M. NOGUÈS. Je crois que cette disposition congénitale chez les hypospades est fréquente et la véritable conduite

à suivre est, après débridement des orifices, le lavage avec une petite seringue.

A l'égard de l'observation que M. Genouville vient de nous communiquer, je crois que les dispositions de ce genre sont bien faites pour expliquer les incubations de durée tout à fait exceptionnelle, dont j'ai rapporté un exemple au Congrès de l'an dernier.

Traitement des uréthrites chroniques. — M. A. Castan (de Béziers). Voici la ligne de conduite que je suis en présence d'un malade atteint d'uréthrite chronique : examen de la goutte, des urines avec leurs filaments, du canal, des sécrétions prostatiques après massage, ceci pour le diagnostic complet.

Quant au traitement, je fais, dans tous les cas, systématiquement, la dilatation le plus souvent jusqu'à 60, avec massage du canal et le massage prostatique. J'attache à ces manœuvres physiques une importance capitale.

Je ne crois pas à la spécificité d'un médicament, sauf pour les formes gonococciques, où le permanganate ne peut être discuté. Je l'emploie en grands lavages à 1/10000 avec l'appareil d'Albarran.

Dans les types non gonococciques, j'emploie les grands lavages au sublimé à 1/20000, et lorsqu'il ne donne pas de résultat, successivement une série de médications, instillations de nitrate d'argent, d'eau oxygénée, d'acide picrique, protargol suivant mon manuel opératoire, etc... Depuis quelque temps, convaincu de la fréquence extrême de l'uréthrite postérieure et de la prostatite chronique, je donne la préférence au *gargarisme prostatique* au nitrate d'argent, de M. le professeur Guyon : je n'ai eu qu'à m'en louer.

Par cette méthode, ma statistique comprend 30 uréthrites chroniques, avec 28 guérisons complètes et définitives.

Remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les rétrécissements difficiles et rebelles. — M. Guiard (de Paris). — La dilatation temporaire progressive représente la méthode fondamentale du traitement des rétrécissements uréthraux. Effectuée jusqu'à la limite classique (nos 22 ou 23 de la filière Charrière), elle suffit le plus ordinairement pour supprimer les troubles fonctionnels et assurer ensuite une assez longue durée du bénéfice obtenu. Mais il y a des cas où cette limite est insuffisante, laisse persister les symptômes et ne peut même pas empêcher leur aggravation progressive. Alors, la *méthode des hautes dilatations*, jusqu'aux nos 27 ou 28 et davantage au besoin, offre une ressource précieuse dont l'excellence, ignorée du plus grand nombre, mérite d'être mise en relief et vulgarisée.

Elle peut être utilisée à titre curatif et à titre préventif.

A *titre curatif*, elle est indiquée toutes les fois que divers accidents résistent à la dilatation moyenne classique par les nos 22 ou 23. Elle doit être prudemment mais résolument appliquée jusqu'aux numéros les plus élevés de la filière Charrière. Ce serait mal comprendre l'intérêt des malades que de se laisser intimider et arrêter par certains accidents tels que des accès urineux, des saignements plus ou moins abondants et prolongés, etc., qui sont en réalité sans grande importance et qui, loin d'aller en augmentant, cessent plus ou moins vite à mesure que le calibre uréthral est élargi. La puissance curative de ces hautes dilatations est démontrée par des faits de guérison rapide et durable, après insuffisance manifeste, pendant vingt-cinq, trente et trente-huit ans des dilatations faibles ou moyennes très fréquemment répétées. Elles peuvent cependant échouer contre certains rétrécissements exceptionnellement épais, longs et rétractiles qui se reproduisent, quoi que l'on fasse, dans l'espace de quelques jours, mais qui sont heureusement très rares.

A *titre préventif*, elles sont aussi d'un très grand secours. La récidive des rétrécissements uréthraux étant presque fatale, à plus ou moins longue échéance, il y a grand intérêt pour les malades à la prévenir par des mesures spéciales, sans attendre, pour agir, qu'elle soit devenue manifeste. Des cathétérismes ultérieurs, plus ou moins rapprochés, destinés à maintenir le *statu quo*, s'imposent donc indéfiniment après la dilatation curative. Le plus souvent, l'emploi de bougies de moyen calibre est suffisant. Mais lorsque l'excessive rapidité de la récidive exige des interventions par trop fréquentes et laisse à peine aux malades quelques semaines de répit, nous n'avons à lui opposer aucun moyen comparable à la méthode des hautes dilatations. Elle permet bientôt d'espacer beaucoup plus les séances, d'élever par exemple à quatre, cinq et six mois des intervalles qui jusque-là ne pouvaient guère atteindre qu'un mois seulement et avec peine.

Ces dilatations préventives doivent être répétées *aussi souvent qu'il est nécessaire, mais le plus rarement possible.* Le temps qui répond à cette double condition ne peut être méthodiquement déterminé qu'après certains tâtonnements. Les distances, d'abord assez courtes, un à deux mois, suivant la gravité des cas, sont ensuite régulièrement augmentées à chaque visite nouvelle, jusqu'à ce que le passage des mêmes bougies devienne impossible ou très difficile. C'est la durée du précédent intervalle qui doit être adoptée pour l'avenir.

Quant au calibre des instruments à employer, *il doit être de plusieurs numéros supérieur à celui qui a fait disparaître les troubles fonctionnels* si l'on veut éviter leur prompt retour. Plus il est élevé, plus longtemps se maintient la guérison. Un très petit calibre suffit toutefois quand il supprime tous les symptômes pour des périodes de trois à quatre mois ; il suffit surtout si la moindre augmentation provoque des accidents.

M. Desnos. — Les hautes dilitations sont assurément nécessaires et peut-être leur indication est-elle plus fréquente que n'a dit M. Guiard ; mais il est impossible de fixer des chiffres qui permettent d'affirmer que le traitement est terminé ; de grandes variations existent en effet dans le calibre de l'urèthre, suivant les individus. Aussi doit-on chercher un autre guide en cherchant à se rapprocher de l'état normal ; or, l'urèthre physiologique permet un glissement régulier d'un boule exploratrice du méat à la région bulbaire, très doux ou tout au moins sans donner lieu à un ressaut plus ou moins brusque, tel qu'il existe dans le rétrécissement. Les ressauts peuvent exister dans tous les uretères rétrécis, quel que soit le degré de dilatation auquel ils aient été conduits. Or tant qu'on en constate, on peut être certain que la guérison n'est pas obtenue : la récidive se produira sûrement à bref délai. Au contraire, même dans les urèthres qui n'ont subi qu'une dilatation moyenne, on ne peut constater aucun obstacle, aucune bride et ces urèthres ont la plus grande chance pour rester dilatés ; j'observe des malades de ce genre qui ont conservé leur calibre reconquis depuis plus de dix ans.

Des calculs diverticulaires de l'urèthre chez la femme. — M. O. Pasteau. On peut voir se développer chez la femme des calculs au niveau de la paroi inférieure de l'urèthre, calculs situés dans une poche appendue à l'urèthre, et ouverte dans le canal. Dans un mémoire publié en 1896, en collaboration avec M. le Dr Quénu, nous avons décrit ces *calculs diverticulaires* sous le nom de *calculs sous-uréthraux* ; il en existait alors 7 observations (celles de Layton, Gentile, Giraud, Chéron, Piaserki et Dubourg) ; nous en avons donné 2 autres ; actuellement je puis vous citer deux observations nouvelles, de Mozzario et de Hottinger ; et vous en rapporter un nouveau cas que j'ai observé l'année dernière avec mon maître M. le professeur Tillaux ; ici j'ai

assisté à la formation du calcul dans une poche préformée que j'avais observée six mois auparavant.

En présence de ces faits, je crois qu'on doit toujours dans un cas de tumeur siégeant sur la paroi vaginale antérieure, établir un diagnostic précis de la nature : kyste, tumeur ou calcul. Si on pense au calcul, le diagnostic du siège dans la paroi uréthro-vaginale se fera par élimination du siège vésical et du siège uréthral proprement dit.

Comme traitement, l'ablation simple des calculs n'est pas suffisant. Il faut faire la taille uréthro-vaginale, suivie de l'ablation des calculs et de la résection de la poche avec suture immédiate en deux plans séparés.

Abcès latents de la prostate. — M. Desnos (de Paris). Les abcès de la prostate n'affectent pas toujours l'allure bruyante des descriptions classiques et du pus peut se développer silencieusement au sein de cette glande dans deux conditions très diverses. Dans l'une, presque toujours au cours d'une hypertrophie prostatique, l'examen rectal montre à un moment donné l'existence d'une collection liquide dont aucun symptôme n'avait révélé l'existence ; elle peut rester très longtemps ainsi enkystée sans déterminer de gêne appréciable ou tout au moins les symptômes qu'elle détermine se confondent avec ceux de l'infection prostatique et vésicale qui est toujours concomitante et l'origine très probable de ces abcès. Dans 2 cas j'ai observé ces abcès latents et apyrétiques chez des malades atteints d'une rétention brusque, laquelle persista tant que ces collections ne furent pas évacuées et cessa immédiatement après.

Moins connue est la seconde catégorie d'abcès latents ; ceux-ci, de très petites dimensions, s'observent au cours d'affections aiguës et surtout pendant la blennorrhagie. Lorsque celle-ci a déterminé des phénomènes aigus très marqués, on voit souvent des signes de prostatite, en particulier une difficulté croissante de la miction et une douleur pendant toute la durée de l'écoulement de l'urine. L'examen rectal ne révèle que des signes de prostatite aiguë quelquefois peu marqués, sans trace de collection liquide puis tout à coup apparaît par l'urètre un écoulement purulent abondant, de courte durée, coïncidant avec un soulagement et la disparition de la dysurie ; le toucher rectal provoque toujours l'issue d'une quantité assez grande de pus. Quelques jours après, j'ai pu, dans plusieurs cas, constater l'orifice de l'abcès, à l'aide de l'urétroscope, dans la portion prostatique de l'urèthre. Ces cavités se vident mal et sont une cause de persistance des uréthrites chroniques.

Phénomènes du prostatisme dans la prostatite chronique. — M. le Dr Janet (de Paris). J'ai eu l'occasion d'observer deux malades, l'un de 42 ans, l'autre de 54 ans, qui présentaient tous les symptômes de l'hypertrophie prostatique et qui le devaient uniquement à une prostatits chronique ancienne.

La prostatite chronique, surtout quand elle se vide mal, et quand elle est excitée par l'usage de la bicyclette et le chemin de fer, produit un obstacle assez sérieux à la sortie de l'urine pour provoquer à la longue une paresse vésicale capable d'amener la rétention incomplete ou même complète.

Traitement de la prostatite chronique. — M. le Dr Janet (de Paris). Il existe des prostatites chroniques non infectieuses justiciables de traitements hydrothérapiques ou de cautérisation de l'urèthre postérieur.

Les prostatites chroniques infectieuses se divisent en prostatites à gonocoques et prostatites à microbes divers, autres que les gonocoques. Ces derniers affectent seulement quelques glandes de la prostate ou toute la glande.

Au point de vue du traitement, il faut diviser les prostatites en évacuables par massage et non évacuables. Les premières, quelles que soit leur cause guérissent facilement, les autres sont très rebelles. La faradisation de la prostate, proposée par le Dr Popper, permet d'obtenir l'évacuation de la glande, et d'obtenir certains cas de guérison que le massage ne pouvait donner. J'ai fait construire par M. Gentil un faradiseur prostatique pour cet usage.

Bien entendu, ce massage digital ou électrique n'exclut pas les lavages, instillations et médicaments topiques qui le complètent.

M. Hogge. — J'ai peut-être, par une coïncidence, eu des résultats moins favorables par l'électrisation faradique que galvanique. Il faut faire l'électrisation de la périphérie au centre, suivant la topographie glanduleuse de l'organe, et aussi parce que les plexus nerveux sont situés sur les faces latérales de l'organe. On a aussi une meilleure évacuation de la prostate, une contraction de cette glande et aussi souvent des releveurs de l'anus, et également peut-être une action chimique électrique.

Lithotritie uréthrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique. — M. Guiard (de Paris). Le traitement des calculs de la région prostatique n'a eu pour objectif, jusqu'à ce jour (Legueu, Desnos, Guyon) que leur extraction directe et en bloc à travers une incision périnéale ou hypogastrique. J'ai pu, dans un cas, mener à bonne fin le broiement sur place du corps étranger et l'évacuation de ses débris par la voie uréthrale ; je pense que ce mode d'intervention pourrait être appliqué avec profit à d'autres cas analogues.

Cette lithotritie uréthrale exige comme condition essentielle que le canal soit facile à traverser dans toute son étendue et ne soit obstrué ni par le volume excessif du calcul, ni par l'envoi d'un prolongement considérable dans la vessie, à travers le col. Il faut, en outre, qu'après avoir conduit jusqu'à la région prostatique un lithotriteur de petit modèle, on puisse l'ouvrir, le renverser et insinuer doucement ses mors écartés en avant et en arrière de la concrétion, de manière à la saisir directement, sans interposition d'aucun repli muqueux.

Après le broiement, pour évacuer les débris, les grands lavages et l'aspiration, si utiles dans la vessie, ne peuvent, dans la loge prostatique, être d'aucun secours. J'ai dû recourir à des préhensions directes réitérées, au moyen d'un lithotriteur à mors plats n° 1, qui furent continuées jusqu'à ce que la poche eût été complètement vidée. Alors seulement, pour entraîner les poussières qui auraient pu échapper au lithotriteur, j'eus recours à une irrigation abondante au moyen d'une sonde en soie conduite dans la loge calculeuse, sonde à deux yeux et de calibre assez petit pour permettre le facile reflux vers la vessie ou le méat du liquide injecté.

Ainsi conduite, l'intervention eut les suites les plus simples : dès le lendemain, le malade put se lever, sortir et reprendre sa vie ordinaire. Il est de toute évidence que les opérations sanglantes par le périnée ou l'hypogastre comportent toujours un pronostic beaucoup plus sérieux.

Troisième Séance, 20 octobre

Présidence de M. le professeur Malherbe

Fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque chez un enfant de 10 ans. Cure radicale. — M. Ch. Monod. Voici l'histoire d'un jeune garçon de dix ans atteint de fistule urinaire ombilicale par persistance de l'ouraque, que j'ai opéré et guéri en suivant un procédé très analogue à celui employé par M. Delagénière.

Après avoir circonscrit la fistule et la peau cicatricielle qui l'entourait par une double incision elliptique, j'ai pénétré dans le ventre et libéré le cordon onraquien ; mais je ne suis pas contenté, comme M. Delagénière, de réséquer ce cordon pour en fixer le moignon préalablement

fermé par une suture soignée, dans l'épaisseur de la paroi abdomidale, j'ai préféré faire une résection totale de l'ouraque au ras de la vessie en empiétant même un peu sur le sommet de cet organe ; la perte de substance vésicale ainsi produite a été refermée à la façon des plaies de la vessie.

Cette manière de faire est plus simple, tout aussi sûre, et permet à la vessie, libre de toute attache à la paroi, de reprendre sa place normale dans le ventre.

Avec M. Delagénière, j'insiste sur l'importance d'une bonne réfection de la paroi ebdominale pour s'opposer à la formation d'une hernie ombilicale consécutive. Je conseille à cet effet, non seulement d'aviver l'anneau ombilical mais, suivant la règle que je suis dans toute laparotomie, de mettre largement à nu les muscles droits par ouverture de leur gaine pour, en rapprochant leurs bords par la suture, obtenir une sangle solide qui s'oppose efficacement à toute issue ultérieur de l'intestin.

Onze cas de taille hypogastrique pour calcul vésical chez l'enfant. — M. Estor (de Monpellier. La suture totale de la vessie ne m'a pas donné de résultat sensiblement supérieurs à ceux fournis par le drainage, sauf dans un cas où la guerison fut obtenue en quinze jours. Je pense que si chez trois malades la plaie vésicale s'est désunie, c'est que la suture était imparfaite à sa partie inférieure, point où il est plus difficile de placer les fils de suture. Aussi j'estime qu'il y a tout avantage à rapprocher le plus possible l'incision du sommet de la vessie. Dans les cas où, par suite des dimensions du calcul on est obligé de faire une incision basse, il vaut mieux drainer la vessie. La durée du traitement n'est pas sensiblement plus longue à condition d'employer un seul tube de petite dimension (cinq milimètres de calibre intérieur). Dans tous les cas de suture vésicale totale je pense qu'il est imprudent de ne pas drainer la cavité de Retzius.

Traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. — M. Carlier (de Lille). M. Carlier a opéré vingt enfants atteints de calculs de la vessie. Les vingt malades ont guéri ; cinq ont été opérés par la taille hypogastrique avec drainage consécutif ; chez quatre malades, M. Carlier a fait avec succès la suture totale de la vessie après la taille haute, enfin la lithotritie a été pratiquée dans les onze autres cas.

M. Carlier repousse complètement la taille périnéale chez l'enfant. La lithotritie lui paraît être le traitement de choix et ne reconnaît d'autres indications que le volume considérable de la pierre ou sa dureté extrême. Dans ces cas, la taille hypogastrique s'impose, mais il faut la faire suivre d'une suture totale de la vessie et d'une suture presque complète de la paroi musculo-cutanée, en laissant pendant trois ou quatre jours à la partie inférieure un petit drain d'attente

Corps étrangers de la vessie. — M. Chevalier (de Paris) J'ai enlevé 5 corps étrangers de la vessie et vous en présente 4, le 5e ayant dû être broyé.

3 appartenaient à des femmes, 2 à des hommes.

4 ont été enlevés par les voies naturelles, le 5e ayant déjà perforé la cloison vésico-vaginale a été enlevée par la taille vésico-vaginale.

4 ont été enlevés dans un délai très court après leur introduction dans la vessie, et n'ont produit que des accidents locaux passagers ; le 5e a été extirpé six mois environ après son introduction et avait provoqué autour d'une de ses extrémités la formation d'un volumineux calcul.

Chez les 3 femmes, il s'agissait de corps étrangers introduits dans un but... nullement thérapeutique. C'était une canule à lavement, une coiffe de compte-goutte en caoutchouc, et enfin un crayon long de 10 centimètres environ, introduit par la portion non taillée, mais dont la pointe provoqua une fistule vésico-vaginale. Cette pointe saillait dans le vagin, mais le crayon ne pouvait sortir, car la base du crayon était entourée d'un volumineux calcul. J'ai dû faire ici la taille vésico-vaginale.

Chez les 2 hommes, il s'agissait de sondes : un explorateur à boule, qui s'était rompu, et que j'enlevai par une véritable lithotritie, et une sonde Nélaton très friable (elle s'est fragmentée encore depuis son extraction) que j'enlevai directement avec le lithotriteur à mors plats.

M. Pousson (de Bordeaux). — La question des corps étrangers de la vessie se présente continuellement. J'insiste sur la variété des corps étrangers, à laquelle correspond une grande variété de procédés thérapeutiques.

Voici 3 observations très intéressantes. Dans l'une, il s'agissait d'une épingle en écaille, qui n'avait déterminé aucune infection, et pour ainsi dire pas d'infiltration calcaire. Il y eut ici une tolérance très rare.

Dans un 2e cas où il s'agissait d'une épingle à cheveux, l'endoscope étant placé dans la vessie, on introduisit un crochet fait *ad hoc* au moyen d'un fil de fer, et l'on put ainsi *de visu*, saisir l'épingle par sa boucle.

Dans un 3e cas, dans un corps étranger de 7 à 8 centimètres de long, qui s'était placé en travers, je commençai par le libérer par une injection forcée. Je pus alors directement le saisir par une de ses extrémités au moyen d'une pince-longuette.

J'ai vu enfin un « faux corps étranger de la vessie » ; un malade, qui se sondait avec les plus grandes difficultés, brisa sa sonde au cours d'un cathétérisme. On fit la cystotomie sans trouver d'abord la sonde. En réalité, elle n'était pas dans la vessie, le malade s'étant fait une fausse route.

Les ganglions lymphatiques juxta-vésicaux. —M. O. Pasteau (de Paris). Au point de vue topographique, il peut y avoir intérêt à classer les ganglions lymphatiques contenus dans le petit bassin en deux groupes : les ganglions pariétaux accolés aux parois pelviennes (pariétaux latéraux au voisinage des vaisseaux iliaques externes, pariétaux postérieurs au devant du sacrum) et les ganglions plongés au milieu des parties molles. Parmi ces derniers, il en est d'accolés absolument aux parois vésicales, ce sont ceux sur lesquels je désire appeler aujourd'hui votre attention.

Ils sont situés soit en avant de l'organe et parfois même dans le tissu graisseux rétro-pubien (*ganglions vésicaux antérieurs*), soit sur les côtés le long de l'artère ombilicale (*ganglions vésicaux latéraux*).

L'existence des premiers a été démontrée en particulier par Gérota (de Berlin) et cette année même par Küttner (de Tübingen) ; je les ai décrits et figurés dans ma thèse, enfin M. Bazy vient de communiquer à la Société de chirurgie, deux observations anatomo-pathologiques très nettes où ils les a rencontrés. Les ganglions vésicaux latéraux sont connus depuis bien plus longtemps et de nombreux anatomistes les ont signalés, depuis Mascagni jusqu'à Bichat, Boyer et Mercier. Enfin des observations anatomo-pathologiques nombreuses de dégénérescences de ces ganglions donnent une nouvelle confirmation des descriptions anatomiques.

Quant à savoir quels sont les *lymphatiques tributaires de ces ganglions* d'après les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques, je peux dire que ce sont en grande partie des lymphatiques vésicaux ; d'autre part, Küttner a pu injecter ces ganglions par les lymphatiques profonds du pénis et du gland.

L'importance clinique de ces ganglions est indéniable ; sans doute il n'est pas possible de les percevoir ordinairement dans les cas de tumeurs, mais leur inflammation pourrait sans doute parfois, comme le pense M. Bazy, être

le point de départ d'adéno-phlegmons ayant alors un siège absolument spécial le long des parois vésicales.

Des troubles urinaires dans les appendicites. — M. Duret (de Lille), explique d'abord que ces troubles s'observent quand l'appendice est en *ectopie, en rapport avec la vessie* : ce qui est assez fréquent, car l'ectopie pelvienne varie avec les auteurs de 20 à 30 p. 100 à peu près. Il ne s'agit pas là de troubles purement réflexes. L'auteur divise les accidents observés en trois catégories : 1° des rétentions prolongées, des dysuries, des pyuries, et même des pyelo-néphrites. Il n'y a pas cependant communication avec l'appendice. Celui-ci est au voisinage de la vessie et détermine une péricystite, et une infection vésicale *a distance*. Ces phénomènes peuvent même mettre sur la voie du diagnostic du siège anormal de l'appendice (cas de Schwartz); 2° *des lesions avec collections purulentes*. D'après les observations recueillies, on peut rencontrer des *fistules pyo-vésicales*, quand un abcès péri-appendiculaire s'ouvre dans la vessie, des *fistules pyo-stercoro-vésicales* et dans d'autres même, des *fistules pyo-stercoro-intestino-vésicales*. Les urines sont troubles, fétides et contiennent des corps étrangers. Il y a dans ces divers cas des guérisons obtenues par une action hâtive sur le foyer appendiculaire; dans d'autres, il a fallu traiter la fistule séparément; 3° enfin la troisième catégorie de faits est constituée par des calculs péri-vésicaux, soit stercoro, soit stercoro-urinaires, soit urinaires simples. M. Duret rapporte des cas de calculs urinaires de ces diverses espèces.

M. Reymond (de Paris). — Je suis très heureux de voir confirmer par l'importante communication de M. Duret les idées que je défends depuis 1893. Les trois modes signalés par M. Duret et d'après lesquels l'appendicite peut créer la cystite sont très intéressants au point de vue clinique, mais plus difficiles à apprécier en ce qui est de la pathogénie.

Dans le premier groupe de faits il s'agit d'appendices en ectopie comprimant la vessie; leur rôle est-il seulement mécanique ou déterminent-elles une infection du réservoir urinaire?

Dans le second groupe, il s'agit de collections purulentes consécutives à une appendicite et développées au voisinage de la vessie. J'insiste sur ce que, en pareil cas, il n'est pas nécessaire que l'abcès s'ouvre dans la vessie pour qu'il y ait cystite. C'est le cas de l'observation que je publiais ici même il y a deux ans avec M. H. Hartmann : le malade n'avait présenté que des phénomènes de cystite peu accentués, et si mon attention n'eût été attirée vers de pareils cas, je n'aurais pas constaté dans ses urines les mêmes microorganismes que l'on devait trouver quelques jours plus tard dans la collection périvésicale.

Enfin, en ce qui concerne le troisième groupe, celui des calculs d'origine appendiculaire, déterminant la cystite, tombant dans la vessie, et rejetés par miction, je me permets de rappeler la possibilité de formation calculeuse intra-vésicale sous la seule influence de l'infection, comme j'ai eu l'occasion de le déterminer expérimentalement (*Ann. des voies urinaires*, avril et mai 1893.)

M. Pousson (de Bordeaux). — La communication de M. Duret éclaire la pathogénie d'une perforation intestinale dans la vessie que j'ai observée il y a cinq ou six ans. Un homme gros mangeur, sujet à des douleurs dans la fosse iliaque, rend depuis quelque temps des gaz et des matières fécales par l'urèthre. Il est opéré par la cystotomie sus-pubienne et on trouve un pertuis s'ouvrant sur le côté droit de la vessie et qu'on suture. Je ne savais à ce moment comment expliquer cette perforation, mais actuellement je crois que cette perforation était consécutive à une appendicite.

Je puis ajouter aux accidents urinaires d'origine appendiculaire signalés par M. Duret, un cas d'anurie qu'on apporta dans mon service il y a quatre ans. On était sur le point d'opérer ce malade, lorsqu'il rendit un flot d'urine provenant non de la vessie, mais de l'uretère distendu, car le cathétérisme était demeuré négatif. On différa l'opération, mais le malade mourut. A l'autopsie, on trouva une collection appendiculaire comprimant l'uretère.

Les pollakiuries uriques. — M. le Dr Chevalier (de Paris). — Depuis les travaux de Thompson, Harrison, Kraus, Guyon, Boursier, rappelés dans la thèse d'Estrabaut, on sait que la composition anormale de l'urine, en dehors de toute inflammation locale, peut donner de la fréquence de miction. Mais cet état, s'accompagnant souvent de douleur, et quelquefois d'un aspect purulent de l'urine (pas toujours) dont le microscope fait justice, a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et de traitement.

J'ai eu à observer dans la clientèle privée et à l'hôpital un certain nombre de malades, où l'on a pris pour des cystites un état qui n'était dû qu'à une exagération de l'acidité des urines, et dans les cas les plus fréquents, il s'agissait d'acide urique ou d'urates acides en excès.

Les traitements locaux, lavages ou instillations, n'avaient fait qu'exagérer les symptômes, lorsque je fus appelé à intervenir. Je fis supprimer immédiatement les traitements antérieurs je soumis les malades au traitement anti-goutteux et anti-graveleux (eau de Contrexeville, de Vittel, de Vichy, benzoate de lithine, etc.), et leur imposai un régime sévère. Tous les phénomènes rentrèrent dans l'ordre, à mesure que l'acide urique, les urates et l'acidité des urines redevenaient normaux.

Il y a un intérêt considérable pour tous ces malades à ne faire que de l'hygiène et du traitement médical et à éviter un traitement chirurgical qui exagère leurs symptômes morbides.

Urines purulentes et tuberculeuses. — M. Noguès (de Paris). La constatation directe du bacille de Koch dans les urines, par l'examen microscopique du dépôt, n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de tuberculose de l'arbre urinaire. La purulence, en l'absence de toutes sortes de micro-organismes, devient à elle seule un signe de haute valeur et tous les jours, on voit des urines ne contenant *à l'examen direct* autre chose que des leucocytes venir témoigner d'une lésion de la vessie ou des reins que l'évolution ultérieure montre bien être de nature tuberculeuse. C'est là un point que la clinique a bien établi et M. Noguès rapporte à ce propos une observation tout à fait typique qui lui a été communiquée par son maître, le professeur Guyon.

Les procédés que le laboratoire met à notre disposition et qui sont surtout des moyens confirmatifs sont au nombre de trois : l'*examen direct du dépôt sur lamelles*, les cultures, les inoculations aux animaux. Une longue étude comparative nous fixe sur la valeur respective de chacun d'eux. L'examen direct sur lamelles est le plus rapide mais le moins sûr; en effet, le bacille de Koch ne cultive pas dans l'urine; il y est donc habituellement en petite quantité et on n'y trouve guère que ceux qui auront été mis en liberté par l'ouverture spontanée d'un foyer caséeux. Mais quelques perfectionnements apportés à la technique ont permis de corriger dans une certaine mesure ces conditions défectueuses, et, à ce point de vue, les appareils connus sous le nom de centrifugateurs rendent des services journaliers; M. Hallé écrivait récemment que sur 200 examens faits à la clinique, il avait pu trouver 70 fois le bacille de Kock par l'examen direct au microscope : cette proportion est très élevée et il est certain que ce perfectionnement dans l'instrumentation n'y est pas étranger.

Les cultures sont un procédé infidèle : il serait en effet

bien téméraire de compter sur la culture directe du bacille de Koch en inoculant avec des urines suspectes un tube d'agar ou de bouillon glycériné. La voie indirecte aurait, au dire de Melchior de Copenhague, une plus grande valeur et si l'ensemencement des urines suspectes sur les milieux ordinaires restait stérile, il y a une certitude presque absolue pour que l'on se trouve en présence d'une urine tuberculeuse.

Restent donc *les inoculations aux animaux* et l'on peut dire sans crainte que, dans les cas douteux, c'est le procédé qui nous éclairera le plus souvent. Le cobaye est l'animal de choix et la double inoculation d'un centimètre cube sous la peau et dans le péritoine est un excellent moyen pour avoir une réponse rapide : dans les expériences qui font l'objet de cette communication, la mort est survenue spontanément vers le vingt et unième jour ; en règle générale, les animaux peuvent être sacrifiés au bout d'un mois et demi, et si, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion, on peut considérer comme négatif le résultat de l'inoculation.

Mes expériences se divisent en deux groupes parfaitement distincts : dans un premier, j'ai fait rentrer les urines ne contenant pas à l'examen des bacilles de Koch, mais dans lesquelles on trouvait, par contre, des micro-organismes de formes et d'espèces diverses ; seule l'évolution clinique permettait de supposer qu'il s'agissait d'une urine tuberculeuse. Ce groupe comprend 5 cas, qui sont tous restés négatifs ; aucun des animaux en expérience n'a présenté de lésion pouvant faire penser à la tuberculose. La seule conclusion logique à tirer de cette série négative est que les suppositions n'étaient pas fondées et qu'il ne s'agissait pas là d'infection tuberculeuse. Il ne faudrait pas en tirer des conclusions prématurées et s'en prévaloir pour nier l'existence des associations microbiennes dans la tuberculose urinaire.

Le deuxième groupe de ces expériences comprend les urines dans lesquelles le microscope n'a permis de découvrir ni bacille de Koch ni aucune autre variété de micro-organismes. Ici les résultats ont été des plus nets et sur 22 urines inoculées, 15 fois les cobayes ont succombé avec ces lésions caractéristiques. Tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir la portée de pareils résultats et la conclusion logique à donner à ces travaux est que la purulence, en l'absence de tout micro-organisme, devient un signe de haute valeur en faveur de la tuberculose.

Faut-il généraliser et dire que toutes les urines dans lesquelles on ne trouvera ni bacilles de Koch, ni autres micro-organismes sont fatalement et toujours des urines tuberculeuses ? M. Noguès ne le croit pas. Il faut en effet compter avec les suppurations à microbes anaérobies : dans ce genre d'infection il n'est pas exceptionnel, en examinant au microscope le liquide septique, de n'y trouver que de très rares micro-organismes, assez rares même pour échapper à un examen attentif. Peut-être est-ce le cas d'un certain nombre d'urines dans lesquelles on ne trouve que des leucocytes. Ce n'est qu'une hypothèse, mais il faut bien se rappeler que l'histoire de ces suppurations anaérobies n'est qu'à son début ; des recherches sur ce point sont en cours au laboratoire de la Clinique et tout fait espérer qu'elles donneront de féconds résultats.

M. Carlier. Sur 5 de mes malades présentant de la pyurie sans bacilles, il en a eu 3 qui sont devenus ultérieurement tuberculeux. Je considère donc que dans ces cas il s'agit de tuberculose en germe ; il n'y a que le bacille de la tuberculose qui puisse se masquer ainsi dans les urines purulentes.

M. Janet ajoute à l'urine qu'il centrifuge, soit de l'alcool, soit un peu d'ammoniaque. Ce procédé permet de trouver des bacilles dans des urines presque claires.

Bactériurie alcaline. Pseudo-phosphaturie, pseudo-pyurie. — Les cas de bactériurie alcaline publiés jusqu'à ce jour sont rares. J'ai observé cette année deux malades qui m'ont été adressés par mon confrère le Dr Perrin de Marseille, atteints de cette bizarre affection ; l'un se plaint depuis vingt ans d'avoir les urines troubles et de rendre des dépôts visqueux et plâtreux qui, en séchant, forment de la gravelle phosphatique. Le second croit avoir une cystite incurable depuis au moins quinze ans ; il accuse les mêmes symptômes que le précédent, fréquence et douleurs des mictions lorsqu'il y a émission de dépôts. Les urines très troubles s'éclaircissent immédiatement par l'addition d'acide acétique ; les dépôts séchés sont formés par des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et des micrococques en grands placards ou en amas granuleux. Il y a quelques rares leucocytes dans les dépôts parfois striés de sang. Le premier malade, âgé de 50 ans, a eu quelques blennorrhagies il y a vingt ans, il a un bon canal, l'état de la prostate est douteux. Le second a un rétrécissement large résistant que j'ai dilaté. J'ai conclu à deux cas de la bactériurie alcaline. Il s'agit ici de micrococques décomposant l'urée et déterminant avec l'alcalinité d'ailleurs peu accentuée parfois, la précipitation des phosphates. Ces sels étaient, dans les deux cas, en proportion plutôt inférieure vis-à-vis de l'urée. Il n'y avait donc ni phosphaturie, ni pyurie. Malgré les mictions impérieuses et les douleurs vésicales en rapport avec l'élimination des dépôts crayeux, parfois striés de sang, il n'y a jamais eu de vraie cystite.

Ni les instillations, ni les lavages nitratés, ni le salol, ni les eaux de Contrexeville n'ont pu avoir raison de cette affection bizarre, elles n'ont produit qu'une amélioration passagère. Mes malades font tous les jours des lavages boriqués sans sonde, et s'en trouvent bien.

Contribution a l'étude des paralysies vésicales dues à des lésions des centres nerveux et de leur traitement par l'électricité. — M. D. Courtade (de Paris). Il faut, dans les paralysies de la vessie, distinguer les paralysies du corps et celles du col. L'électricité agit très bien sur les paralysies du col, mais elle est beaucoup moins efficace sur celles du corps même de la vessie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Correspondance. — Un mémoire pour un prix, mais *sans indication du prix pour lequel on le présente*, est adressé à M. le secrétaire général. La devise est : *Nil sapiens affirmat quod non probet.*

Le candidat est prié de dire pour quel prix est présenté son mémoire.

Plaie de l'artère fessière par coup de couteau. — Fontan. Un homme reçut un coup de couteau au niveau de la région fessière, et fut apporté présentant tous les symptômes d'un épanchement sanguin. Je fis une incision en lambeau, au niveau de l'échancrure ischiatique. Je pus ainsi trouver l'artère fessière sur laquelle je posai une ligature. Quelques branches du nerf sciatique étaient lésées. La guérison se fit simplement, sauf un léger ictère, vers le 3e jour, s'accompagnant une seule fois d'une température de 38,5.

Ostéome du bras et de l'avant-bras. — M. Picqué. Après avoir rappelé en quelques mots l'historique de la question, M. Picqué fait un rapport sur 8 cas présentés, par M. Loison. M. Loison a eu 5 fois une luxation incomplète en arrière du coude et 3 fois une simple contusion. Jusqu'en ces dernières années on avait pensé que l'on avait

affaire à la myosite ossifiante. M. Reynier a invoqué la théorie d'Orlow. Je pense qu'il faut distinguer les cas : quand il s'agit de l'ostéome du tendon du brachial antérieur ou du droit antérieur, on peut admettre la théorie d'Orlow, c'est-à-dire un arrachement osseux au niveau de l'insertion musculaire.

Mais dans certains cas, on ne peut admettre cette origine et M. Loison a eu l'idée de penser qu'il y a hypertrophie irritative des fibres résiduelles au niveau de l'arrachement musculaire. Elles font de çà et de là l'ostéome qui siège en pleins muscles et non au niveau du point d'insertion. Ce serait en somme un os sésamoïde anormal intramusculaire. A propos de ce rapport, j'ai amené un malade que je vais présenter et qui vient à l'appui de l'hypothèse émise par M. Loison.

Coup de pied de cheval. — Laparotomie. — M. Chauvel fait un rapport sur une observation adressée par M. Dubujadou.

Grossesse extra-utérine. Laparotomie. Guérison. — Présentation de la malade par M. Routier.

Trépanation chez un petit enfant pour abcès du cerveau d'origine otique. Guérison. — Présentation du malade par M. Kirmisson.

Kyste dermoïde de l'orbite. Guérison. — Présentation du malade par M. Reclus.

Plaie de l'abdomen par balle de revolver. Laparotomie. Guérison. — Présentation de la malade par M. Demoulin.

Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'eczéma séborrhéique circinné du cuir chevelu chez l'enfant

Le Dr Barthélemy (*Journal de clinique et thérapeutique infantile*) fait remarquer que l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu simule à s'y méprendre l'herpès circinné du cuir chevelu. Même forme de circinnation, mêmes sinuosités, mêmes squames.

L'eczéma séborrhéique est gras. Il présente une coloration brune ou grise. A la loupe on ne distingue aucun cheveu cassé. Mais en pinçant entre les doigts quelques cheveux follets, ceux-ci se détachent facilement sans se casser.

L'examen bactériologique doit également être pratiqué pour rechercher le parasite de l'herpès circinné (tricophyton tonsurans) affection essentiellement tenace, bien différente de l'eczéma séborrhéique circinné du cuir chevelu, assez facilement curable en une ou trois semaines.

Cette dermatose s'observe plus souvent encore au thorax (ligne médiane), à la partie postérieure du thorax (entre les deux épaules). Chaque circinnation est composée d'éléments acnéiques recouverts de squasmes (d'où le nom d'eczéma acnéique) (Bazin). Au centre de la circinnation, cercle ou demi-cercle, la peau est rose ou bistrée, un peu déprimée, de même niveau que le reste de la peau,

Le traitement doit être ainsi compris :

1° Matin et soir, frictionner avec la pulpe du doigt le cuir chevelu à l'aide du mélange suivant :

Huile végétale fraîche.....	70 grammes
Eau de chaux médicinale.....	30 —
Résorcine.....	3 —

M. S. A.

Recouvrir ensuite d'une flanelle, d'une feuille de gutta-percha laminée et d'un bonnet.

2° Au bout de quatre à cinq jours, faire un savonnage avec des tampons d'ouate boriquée, destinés à étaler le savonnage au bois de Panama.

3° Plus tard, si après huit jours de ce traitement l'eczéma persiste, on fera usage de la pommade suivante :

Vaseliee blanche	30 grammes
Fleur de soufre.....	0 gr. 50

Une fois par jour.

Et le soir, on pratiquera une onction avec la pâte demi-molle.

Vaseline benzoïnée.....	30 grammes
Talc.....	10 —
Oxyde de zinc	5 —
Amidon pur.....	Q. S.

Us. Ext.

VARIÉTÉS

La bactériologie de la mer

L'étude bactériologique de la mer a, jusqu'à présent, peu attiré l'attention, sauf en ce qui concerne les côtes et les ports. La plupart des travaux relatifs à la flore bactériologique marine se rattachent à la présence des bactéries phosphorescentes qui jouent un rôle très important dans le phénomène curieux de la phosphorescence de la mer. Mais ces travaux et d'autres analogues ont un intérêt exclusivement scientifique, et l'on doit signaler les recherches qui ont un but pratique et qui intéressent l'hygiéniste. Fischer, Bassenge, dans plusieurs longs voyages maritimes, ont fait plus particulièrement porter leurs investigations sur les bactéries pathogènes et les modifications qu'elles éprouvent sous l'action de l'eau de mer. Dans l'Océan Atlantique, l'eau au voisinage des côtes abonde en microbes de toutes sortes, dont le nombre diminue rapidement à mesure qu'on s'éloigne, de sorte qu'à 5 kilomètres de la côte on trouve très peu de germes à la surface de la mer, et lorsque par hasard les germes sont en grande abondance, c'est qu'ils ont été apportés par un courant venant de la profondeur. C'est qu'en effet les bactéries sont plus nombreuses dans les prises d'eau qui sont faites à mesure qu'on se rapproche du fond que dans les couches superficielles. Cette distribution particulière des bactéries suivant la direction verticale donne à penser que la pauvreté des couches superficielles en bactéries tient à l'influence de la lumière solaire, influence qui a été directement constatée.

Ce sont ces bactéries surtout qui dominent dans l'eau de mer, les hyphomycètes ne se trouvent qu'au voisinage de la côte, tandis que les saccharomyces peuvent se rencontrer à de très grandes distances de la terre, et en si grand nombre qu'il est impossible qu'ils y aient été transportés, et qu'il faut admettre leur développement *in situ*. Les bactéries marines se distinguent des bactéries terrestres, au point de vue de la morphologie et de la biologie, Les microcoques et les bacilles typiques ne se rencontrent presque jamais dans la haute mer. Les bactéries marines se font remarquer par la variété de forme et de grandeur et souvent par les formes spiralées de quelques espèces. Ces dernières formes ne se distinguent pas au premier

abord du bacille virgule. En d'autres temps on voit aussi dominer les formes sphériques et bacillaires non arquées, donnant des filaments allongés, articulés ou non. Souvent on trouve des associations en zooglées et des formes d'involution. Fischer n'a jamais constaté de sporulation sur ces bactéries qui conservent cependant leur faculté de reproduction sur l'agar jusqu'à deux ans et demi. A un certain degré de leur évolution, toutes les bactéries marines sont douées d'un mouvement propre produit par un flagellum placé à l'extrémité. Ces bactéries ne se colorent pas par le Gram ; sous beaucoup de rapports leurs cultures se comportent comme celles du bacille virgule, mais se distinguent par une préférence pour les milieux de culture préparés avec l'eau de mer. Quelques bactéries sont des anaérobies facultatives ; d'autres dans leur développement donnent lieu à de la fibrine qui peut servir à distinguer ces espèces. Les bactéries phosphorescentes que l'on ne rencontre qu'au voisinage des côtes, dans les mers intérieures ou sur les poissons de la haute mer, se développent encore à la température de 0°, en donnant lieu parfois à un dégagement de gaz ; on peut aussi observer la formation d'acides, d'alcalis, la réduction de nitrates en nitrites, etc. ; parfois aussi les bactéries lumineuses sont pathogènes quand on les injecte en grande quantité dans le péritoine des cobayes et des souris.

D'après Fischer, le nombre des espèces qui existent dans l'Océan est assez restreint, bien que quelques bactéries soient excessivement répandues. Leur importance comme agents de destruction, le rôle qu'on peut leur attribuer dans la biologie marine n'ont pu encore être étudiées. Bachmann s'était proposé de poursuivre ces études dans une expédition maritime allemande, mais est mort prématurément sous un climat meurtrier dans l'Océan Indien ; tout ce que l'on sait c'est que les échantillons d'eau de mer puisée au fond de la mer à de grandes profondeurs contiennent toujours des bactéries, en quantités variables. Quoi qu'il en soit de ces études encore à leur début, l'étude de la flore bactérienne de la mer ne peut que fournir des données intéressantes au point de vue de la biologie et de l'hygiène.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris 2-9 août 1900

(Suite et fin). (1).

C. Section de chirurgie urinaire. — Président : M. Guyon ; vice-présidents : MM. Albarran et Pousson (Bordeaux); secrétaire : M. Desnos, rue de Rome, 31, Paris.

RAPPORTS. — 1° Les opérations conservatrices dans les rétentions rénales. — Rapporteurs : Kuster (Marbourg) ; Christian Fenger (Chicago) ; Bazy (Paris).

2° Valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose urinaire. — Rapporteurs : Saxtorph (Copenhague) ; Hogge (Liège) ; Pousson (Bordeaux).

3° Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique. — Rapporteurs : W. White (Philadelphie) ; Legueu (Paris) ; von Frisch (Vienne).

4° Résultats éloignés des interventions sanglantes sur les rétrécissements de l'urètre. — Rapporteurs : Reg. Harrison (Londres) ; Mariachess (Odessa) ; Albarran (Paris).

D. — **Section d'ophtalmologie.** — Président : M. Panas ; vice-présidents : MM. Javal et Gayet (Lyon) ; secrétaire-général : M. Parent, avenue de l'Opéra, 26, Paris ; secrétaires adjoints : MM. Chevallereau et Rochon-Duvigneaud.

RAPPORTS. — 1° Les névrites optiques d'origine infectieuse et toxique. — Rapporteurs : Bellarminof (Saint-Pétersbourg) ; Nuel (Liège) ; Uhthoff (Breslau).

2° Le centre visuel cortical. — Rapporteurs : Bernheimer (Vienne) ; Angelucci (Palerme) ; Henschen (Upsal).

3° Valeur comparative de l'énucléation et des opérations proposées pour la remplacer. — Rapporteurs : Pflüger (Berne) ; Snellen (Utrecht) ; H. R. Swanzy (Dublin) ; de Schweinitz (Philadelphie).

E. — **Section de laryngologie, rhinologie.** — Président : M. Gouguenheim ; secrétaire : M. Lermoyez, rue La Boétie, 20 bis, Paris.

RAPPORTS. — 1° Pathogénie et traitement de l'ethmoïdite suppurée. — Rapporteurs : Bosworth (New-York) ; Hajek (Vienne).

2° Rhinites spasmodiques et leurs conséquences. — Rapporteurs : Jacobsen (Saint-Pétersbourg) ; Masini (Gênes).

3° Anosmie et son traitement. — Rapporteurs : Onodi (Budapest) ; Heymann (Berlin).

4° Indications et technique de la thyrotomie. — Rapporteurs : E. Semon (Londres) ; Schmiegelow (Copenhague) ; Goris (Bruxelles).

5° Nodules vocaux. — Rapporteurs : Krause (Berlin) ; Capart (Bruxelles) ; Chiari (Vienne).

6° Diagnostic du cancer du larynx. — Rapporteurs : B. Fraenkel (Berlin) ; M. Schmidt (Francfort-sur-Mein).

F. — **Section d'otologie.** — Président : M. Gellé ; secrétaire : M. Castex, avenue de Messine, 30, Paris.

RAPPORTS. — 1° Traitement chirurgical de la sclérose otique. — Rapporteurs : Siebenmann (Bâle) ; Botey (Barcelone).

2e Pyohémie otitique. — Rapporteurs : Dundas Grant (Londres) ; Brieger (Breslau).

3° Causes et traitement du vertige de Ménière. — Rapporteurs : von Stein (Moscou) ; Moll (Arnheim) ; Pritchard (Londres).

4° Les exercices acoustiques dans la surdité. — Rapporteurs : Urbantschitsch (Vienne) ; Rohrer (Zurich).

5° Labyrinthites toxiques. — Rapporteur : Gradenigo (Turin).

6° Des notations acoustiques. Projet d'unification. — Rapporteurs : Hartmann (Berlin) ; Schiffers (Liège).

G. — **Section de stomatologie.** — Président : M. Pickiewicz ; vice-présidents : MM. Cruet et Gaillard ; secrétaire : M. Ferrier, rue Boissy-d'Anglas, 39, Paris.

QUESTIONS. — 1 De l'intervention thérapeutique dans les anomalies de position et de direction des dents.

2° De la prothèse immédiate dans ses applications à la chirurgie de la face.

3° De l'influence des affections de la bouche et des dents sur les autres organes et systèmes généraux.

4° Du choix des antiseptiques dans le traitement des caries dentaires.

5e Du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

(1) V. *France Médicale*, n° 39, p. 622.

CLASSE IV. — OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

A. — **Section d'obstétrique.** — Président : M. Pinard; vice-présidents : MM. Budin et Alph. Herrgott (Nancy); secrétaires, MM. A. Bar, rue La Boétie, 122, et Champetier de Ribes, rue de l'Université, Paris.

RAPPORTS. — 1° Etiologie et nature des infections puerpérales. — Rapporteurs : Doléris (Paris); Pestalozza (Florence); Menge et Krœnig (Leipzig).

2° Du traitement de la mort apparente du nouveau-né. — Rapporteurs : Ribemont-Dessaignes (Paris); F. H. Champneys (Londres); Fr. Schultze (Iéna).

3° Application de la radiographie à l'obstétrique.

B. — **Section de gynécologie.** — Président : M. Terrier; vice-président : M. Pozzi; secrétaire : M. Hartmann place Malesherbes, 4, Paris.

RAPPORTS. — 1° Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Rapporteurs : Richelot (Paris); Dimitri de Ott (Saint-Pétersbourg); Montgomery Baldy (Philadelphie).

2° Des métrites cervicales. — Rapporteurs : Pozzi (Paris); Doderlein (Tubingen).

CLASSE V. — MÉDECINE PUBLIQUE.

A. — **Section de médecine légale.** — Président : M. Brouardel; vice-présidents : MM. Benoît, E. Demange, Lacassagne (Lyon); secrétaire général : M. Motet, rue de Charonne, 161, Paris; secrétaire adjoint : M. Thoinot.

RAPPORTS. — 1° La putréfaction dans ses rapports avec la docimasie pulmonaire. — Rapporteurs : Descoust et Bordas (Paris).

2° La putréfaction oculaire au point de vue de la détermination de la date de la mort. — Rapporteur : Descout (Paris).

3° La combustion criminelle des cadavres. — Rapporteur : M. Ogier (Paris).

4° De la mort accidentelle par l'électricité. — Rapporteurs : d'Arsonval et Bordas (Paris).

5° Les expertises médico-légales rendues nécessaires par les accidents pouvant résulter de l'usage habituel d'aliments ou de boissons dont la conservation a été assurée par des agents chimiques (borax, acide salicylique, formol, etc.). — Rapporteurs : Brouardel et Pouchet (Paris).

6° Les lésions valvulaires consécutives à des contusions des parois thoraciques. — Rapporteurs : Castiaux (Lille); Laugier (Paris).

7° Action des nouvelles poudres sans fumée sur les vêtements et sur la peau. — Rapporteurs : Thoinot et Vielle (Paris).

8° Les délits résultant de la pratique du magnétisme par des personnes non diplômées. — Rapporteurs : Gilles de la Tourette et Rocher (Paris).

B. — **Section de médecine et de chirurgie militaires.** — Président : M. Dujardin-Beaumetz; vice-président : M. Cunéo; secrétaire général : M. Catteau, Ministère de la Guerre, Paris; secrétaires adjoints : MM. Dziewonski et Alvernhe.

a. *Sous-section de chirurgie.* — M. Chauvel, boulevard Latour-Maubourg, 51 bis, Paris.

RAPPORTS. — 1° Des lésions produites chez l'homme par les balles des fusils de guerre de minime calibre (calibre de 6 millimètres au maximum). — Rapporteurs : Habart (Autriche); Lagarde (Etats-Unis).

2° Des lésions produites chez l'homme par les projectiles actuels d'artillerie. — Rapporteurs : Démosthène (Roumanie); Geissler (Allemagne).

3° Des règles du traitement immédiat à l'ambulance et à l'hôpital de campagne des fractures par coup de feu. — Rapporteur : Bischer (Suisse).

La sous-section désire que les médecins qui ont pris part aux guerres d'expéditions coloniales de ces dix dernières années exposent, d'après leur pratique, le traitement des blessés et les règles générales qui peuvent en être déduites.

b. *Sous-section d'épidémiologie et d'hygiène.* — Président : M. Kelsch, Ecole d'application du Val-de-Grâce, Paris.

RAPPORTS. — 1° Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde dans les armées en campagne. — Rapporteur : Vincent (Paris).

2° Etiologie et prophylaxie de la dysentérie dans les armées en campagne. — Rapporteurs : Antony (Paris) et Simonin (Paris).

3° Prophylaxie de la syphilis dans les armées. — Rapporteur : Ferrier (Paris).

4° Des procédés extemporanés de purification des eaux. — Rapporteur : Lapasset (Paris).

c. *Sous-section de médecine navale.* — Président : M. Cunéo; secrétaire : M. Laugier, Ministère de la Marine, à Paris.

RAPPORTS. — 1° Du phagédénisme tropical. — Rapporteur : Le Dantec (Bordeaux).

2° Soins à donner aux blessés sur les navires pendant et après le combat : Pansements des blessés. Moyens de transport. Premiers pansements. Opérations d'urgence. — Rapporteur : Fontan.

3° Les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales. — Rapporteur : Burot.

d. *Sous-section des colonies.* — Président : M. Kermorgant, Ministère des colonies, Paris.

RAPPORTS. — 1° Peste. — Bactériologie, symptomatologie, sérothérapie, mesures prophylactiques et thérapeutiques. — Rapporteurs : Simon et Yersin.

2° Le tétanos dans les pays chauds; sa prophylaxie. — Rapporteur : Calmette (Lille).

3° Etiologie et prophylaxie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — Rapporteurs : Firket (Liège); Clarac et Marchoux.

RÉPARTITION PRÉLIMINAIRE DES SECTIONS DANS LES DIVERS AMPHITHÉATRES DE PARIS. — *Ecole de médecine.* — Grand amphithéâtre : pathologie interne; petit amphithéâtre : médecine légale; amphithéâtre de pharmacologie (300) : pathologie générale; amphithéâtre de physique et chimie (250) X.

Ecole pratique. — Grand amphithéâtre : chirurgie générale; amphithéâtre de M. Chantemesse : anatomie pathologique; pavillons d'histologie, amphithéâtre Cruveilhier : histologie et embryologie.

Assistance publique. — Grand amphituéâtre de l'avenue Victoria : stomatologie; Hôtel-Dieu : amphithéâtre de chirurgie : ophthalmologie; Saint-Louis : dermatologie; Necker : chirurgie.

Institut Pasteur. — Bactériologie.

Ecole de pharmacie. — Amphithéâtre du Sud : thérapeutique; amphithéâtre du Nord : pharmacologie; galerie : matière médicale.

Collège de France. — Salle n° 6 : anatomie descriptive; salle n° 8 : anatomie comparée.

Sorbonne. — I. LETTRES. — Grand amphithéâtre (3800) : 3 réunions générales, 2, 5, 9 août; amphithéâtre Descartes (440) : chirurgie de l'enfance; amphithéâtre Turgot (300) : médecine de l'enfance; amphithéâtre Richelieu (700) : neurologie.

II. SCIENCES. — Amphithéâtre de géologie (300) : psychiatrie; amphithéâtre de physiologie (200) : physiologie; amphithéâtre de chimie (300) : gynécologie; amphithéâtre de physique (300) : obstétrique; petit amphithéâtre (150) : X.

Ecole de droit. — Amphithéâtre n° 3 (300) : Laryngologie; amphithéâtre n° 4 (200) : otologie.

Val-de-Grâce. — Médecine et chirurgie militaire.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — LIMITE DES CONSIGNATIONS POUR EXAMENS QUI SE PASSENT EN SESSIONS.

I. — *Ancien régime*

2e examen (2e partie).

B. Session de novembre 1899 à mars 1900. — Seront admis les candidats pourvus de 12 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 9 octobre 1899 au 6 février 1900. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 23 octobre 1899 au 1er mars 1900.

1er examen.

C. Session de janvier 1900. — Seront admis les élèves docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1899. Les consignations seront reçues du 18 au 19 décembre 1899. La session aura lieu la première quinzaine de janvier 1900.

2e examen (1re partie).

D. Session de mars à mai 1900. — Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues du 5 au 7 mars 1900. La session commencera le 12 mars 1900.

1er examen

E. Session de juillet 1900. — Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues du 18 au 19 juin 1900. La session aura lieu du 2 au 7 juillet 1900.

Examens de fin d'année (officiat).

A. Session d'octobre 1899. — Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1899 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues du 9 au 10 octobre 1899. La session aura lieu du 23 au 28 octobre 1899.

A. Session de juillet 1899. — Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues du 11 au 12 juin 1900. La session commencera le 25 juin 1900.

II. — *Nouveau régime.*

2e examen.

B. Session de novembre 1899 à mars 1900. — Seront admis les candidats pourvus de 8 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 9 octobre 1899 au 6 février 1900. Les candidats seront appelés 15 à 20 jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 23 octobre 1899 au 1er 1900.

1er examen.

D. Session de mars à mai 1900. — Seront admis les candidats pourvus de 6 inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 2, 3, 5 et 6 mars 1900. La session commencera le 12 mars 1900.

III. — *Observations.*

1. MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

2. La 14e inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la 2e partie du 2e examen.

3. La 10e inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au 2e examen.

4. Les candidats à la 2e partie du 2e examen (ancien régime) et au 2e examen (nouveau régime), ajournés avant le 1er mars 1900, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 14 au 31 mai 1900.

Ils devront consigner les 30 avril et 1er mai 1900.

En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée sous l'observation n° 6 pour les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime), et au 1er examen (nouveau régime).

5. Les 5e et 6e inscriptions seront délivrées en janvier 1900 aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1899, après immatriculation et versement des droits réglementaires.

6. Les candidats ajournés à la 1re partie du 2e examen (ancien régime) et au 1er examen (nouveau régime), sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 11 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

a) A partir du 11 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 13 mai;

b) A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 12 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin consigneront les 11 et 12 juin inclusivement dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

LIMITE DES CONSIGNATIONS POUR EXAMENS QUI NE SE PASSENT PAS EN SESSIONS.

Les consignations pour les examens, dont la désignation suit, seront reçues au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3) les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 9 octobre 1899 jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Doctorat (ancien régime)

2e examen (1re partie), jusqu'au 6 mars 1990 (les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1899 ne pourront consigner que les 5 et 6 mars 1900. Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions).—2e examen (2e partie), jusqu'au 6 février 1900. (Voir l'affiche des consignations pour les examens qui se passent en session). 3e examen (Ire partie), jusqu'au 20 février 1900. — 3e examen (2e partie), jusqu'au 2 avril 1900 : (Les deux parties du 3e examen (nouveau régime) sont subies entre la 13e et la 16e inscript.). 4e examen, jusqu'au 15 mai 1900. 5e examen (1re partie, jusqu'au 12 juin 1900 (les candidats à la 1re partie du 5e examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé). 5e examen (2e partie), jusqu'au 26 juin 1900. Thèse, jusqu'au 3 juillet 1900 (passé le 3 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidences de thèses et ne signeront plus de manuscrits).

Doctorat (Nouveau régime).

1er examen jusqu'au 6 mars 1900; 2e examen, jusqu'au 6 février 1900 : (les élèves qui n'entreront en 2e année qu'au mois d'octobre 1899 ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1900 (Voir l'affiche des consignations pour examens qui se passent en sessions). 3e examen (1re partie), jusqu'au 20 février 1900. 3e examen (2e partie), jusqu'au 2 avril 1900 (les deux parties du 3e examen (nouveau régime) sont subies entre la 13e et la 16e inscriptions.

Officiat

1er examen définitif jusqu'au 6 mars 1900. 2e examen définitif jusqu'au 2 avril 1900. 3e examen définitif jusqu'au 26 juin 1900.

MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1900 sont informés que :

1° L'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 11 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 11 juin pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai ;

A partir du 12 juillet pour les candidats ayant échoué après le 15 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 19 et 20 mars, ou les 21, 22, 28 et 29 mai, exclusivement, dernier délai.

Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 13 mai consigneront les 21, 22, 28 et 29 mai inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 13 mai et avant le 1er juin, consigneront les 11 et 12 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N. B. — En se présentant au Secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

MM. les Etudiants qui désirent terminer leurs études sont priés de ne pas attendre la limite des consignations. Ceux qui consignent à cette époque ne sont appelés ordinairement que trois semaines et quelquefois un mois après.

EXERCICES DE DISSECTION

Classement dans les pavillons de dissection (Ecole pratique de la Faculté et Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux).

I. Etudiants de 2e année de dissection.

Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1899, à la Faculté de médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'étunes : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1899, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Le classement aura lieu au petit Amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 27 octobre 1899.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

II. Etudiants de 1re année de dissection.

Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription.

Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1899-1900, sont priés d'en informer le Doyen aussitôt que possible.

TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Etude du droguier.

Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 3e, 4e et 5e années pour l'étude du droguier.

Pour être mis en série, MM. les étudiants devront se faire inscrire au laboratoire les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits prescrits (15 fr.).

Le nombre de places de chaque série est limité à 50.

Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

BIBLIOTHÈQUE

MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur cartes d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque.

MM. les docteurs en médecine sont dispensés de l'immatriculation pour leur admission à la Bibliothèque.

A partir du 16 novembre, l'entrée de la Bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire) sans être porté sur le registre d'immatriculation. (Décret du 21 juillet 1897).

Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE MÉDICALE. (M. le professeur G. Hayem commencera ce cours le samedi 11 novembre 1899, à 10 heures, au pavillon Moïana (hôpital Saint-Antoine), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Les mardis et samedis : Leçons sur les malades.

Le jeudi : Technique clinique, par M. Thiercelin, chef de clinique.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 15 novembre 1899, à 9 heures (hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE. (Hôpital de la Pitié). — M. le professeur Jaccoud reprendra ce cours le mardi 14 novembre 1899, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Brissaud commencera ce cours le samedi 18 novembre 1899, à 5 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur Cornil commencera ce cours le vendredi 17 novembre 1899, à 3 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Sujet du cours : Anatomie pathologique des organes génitaux de l'homme et de la femme.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le professeur Raymond commencera ce cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. le professeur Budin commencera le cours de clinique d'accouchement le samedi 11 novembre 1899, à 9 heures du matin (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas), et le continuera les mardi et samedi suivants, à la même heure.

Prendront part à l'enseignement : MM. Schwab, chef de clinique ; Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. Demelin et Brindeau, accoucheurs des hôpitaux; MM. Dubrisay et Chavane, anciens chefs de clinique ; MM. Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéronet, Glaize, moniteurs.

GYNÉCOLOGIE — M. S. Pozzi, chirurgien de l'hôpital Broca, professeur agrégé de la Faculté de médecine, commencera ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 10 novembre, à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction, et commencera le lundi 13 novembre à 10 heures.

Ce cours sera complet en vingt-quatre leçon.

Démonstration d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, à partir du samedi 11 novembre, par le chef du laboratoire du service.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — M. le professeur A. Fournier reprendra ce cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — M. le Dr Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 14 novembre 1899, à 3 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit.

Des exercices pratiques auront lieu sous la direction de M. le Dr Castex, assisté de MM. les Drs Collinet, Chaillous et Rabé, anciens internes des hôpitaux.

Examen et traitement des malades tous les jours, de 3 à 5 heures.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (Hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur RAYMOND commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin, et le continuera, les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme d'enseignement supplémentaire :

Séméiologie des maladies du système nerveux. — M. le Dr Cestan.

Histologie normale et pathologique du système nerveux. — M. le Dr Philippe.

Psychologie clinique. — M. le Dr Janet.

Electrodiagnostic et électrothérapie. — M. le Dr Huet.

Examen du larynx. — M. le Dr Cartaz.

Examen des yeux. — M. le Dr Sauvineau.

Examen des oreilles. — M. le Dr Gellé.

Un avis ultérieur indiquera les jours et heures des conférences supplémentaires.

Hôpitaux de Paris. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Herbet et Dujarier.

M. Sébileau, chirurgien des hôpitaux, est agréé comme remplaçant éventuel des chefs du service oto-rhino-laryngologique de Saint-Antoine et de Lariboisière. Par suite, M. Sébileau sort du cadre des chirurgiens des hôpitaux.

XIIIe Congrès international de médecine. — Paris, 2-9 août 1900. — Le Comité exécutif rappelle aux membres du corps médical français les articles du règlement contenant les *conditions d'admissibilité au Congrès* et *d'inscription pour communications dans les sections.*

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS.

Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2° Les savants qui seront présentés par le comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès (Dr Duflocq, 64, rue de Miro-

mesnil). Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite et indiquer dans laquelle des 27 sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

II. Conditions d'inscription pour communications dans les sections.

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir au secrétaire de cette section, avant le 1er mai 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité exécutif rappelle les noms et adresses des secrétaires des sections :

1° Anatomie comparée — Auguste Pettit, 60, rue Saint-André-des-Arts.

2° Anatomie descriptive. — Rieffel, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine.

3° Histologie et Embryologie. — Retterer et Loisel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

4° Physiologie, Physique et Chimie biologiques. — Dastre, à la Sorbonne; Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince; Weiss, 20, avenue Jules-Janin.

5° Pathologie générale et Pathologie expérimentale. — Charrin, 11, avenue de l'Opéra; Roger, 4, rue Perrault.

6° Anatomie pathologique. — Letulle, 7, rue de Magdebourg.

7° Pathologie interne. — Rendu, 28, rue de l'Université; F. Vidal, 155, boulevard Haussmann.

8° Médecine de l'Enfance. — Marfan, 30, rue La Boétie.

9° Thérapeutique. — Gilbert, 27, rue de Rome.

10° Pharmacologie. — Chassevant, 70, rue de Rennes.

11° Matière médicale. — Chassevant, 70, rue de Rennes.

12° Neurologie. — P. Marie, 3, rue Cambacérès.

13° Psychiatrie. — Ant. Ritti, asile de Charenton, St. Maurice, Seine.

14° Dermatologie et Syphiligraphie. — G. Thibierge, 7, rue de Surène.

15° Chirurgie générale. — Walther, 21, boulevard Haussmann.

16° Chirurgie de l'Enfance. — A. Broca, 5, rue de l'Université ; Villemin, 58, rue Notre-Dame-des-Champs.

17° Chirurgie urinaire. — Desnos, 31, rue de Rome.

18° Ophtalmologie. — Parent, 26, avenue de l'Opéra.

19° Laryngologie, Rhinologie. — Lermoyez, 20 *bis*, rue La Boétie.

20° Otologie. — Castex, 30, avenue de Messine.

21° Stomatologie. — Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas.

22° Obstétrique. — A. Bar, 122, rue La Boétie ; Champetier de Ribes, 28, rue de l'Université.

23° Gynécologie. — Hartmann, 4, place Malesherbes.

24° Médecine légale. — Motet, 161, rue de Charonne ; Thoinot, 8, rue de l'Odéon.

25° Médecine et Chirurgie militaires. — Catteau, ministère de la Guerre.

26° Médecine navale. — Laugier, ministère de la Marine.

27° Médecine des Colonies. — Kermorgant, ministère des colonies.

Mérite agricole. — M. le Dr Hantraye (d'Avranches) vient d'être promu au grade d'officier dans l'ordre du Mérite agricole.

Nominations. — M. le Dr Frédéric Heim, agrégé, est nommé directeur du service scientifique de l'Office national du commerce extérieur.

Nécrologie. — Le Dr Dubois, de la Bassée (Nord), reçu en 1886. — Le Dr Calès, directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux, ancien député de la Haute-Garonne, décédé le 2 novembre. — Le Dr Robinet, conservateur adjoint du Musée Carnavalet, ancien maire du VIe arrondissement pendant le siège de Paris, décédé à l'âge de 74 ans. Médecin et l'un des exécuteurs testamentaires d'Auguste Comte, Robinet avait publié plusieurs ouvrages positivistes, entre autres une *notice sur l'œuvre et sur la vie d'Auguste Comte*; *Danton, mémoire sur sa vie privée*; *le procès des Dantonistes* ; *Danton émigré*; *Danton homme d'Etat*. — Le Dr Dézermaux, de Paris, décédé à l'âge de 92 ans.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis). Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane).

Prix des billets : Turin, 1re classe 148 fr. 50 ; 2e classe 106 fr. 75; Milan, 1re classe 166 fr. 90; 2e classe 119 fr. 45 ; Gênes, 1re classe 169 fr. 45; 2e classe 120 fr. 80; Venise, 1re classe, 221 fr. 15; 2e classe 157 fr. 35. Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris Lyon et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours, lorsque les voyageurs justifient avoir pris, à Turin, un billet de voyage circulaire italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de quinze jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 85 en 1re classe et de 10 fr. 70 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Turin et à Milan, sans changement de voiture.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-Manuel des Bandages, Pansements et Appareils, par A. Hoffa, privat docent de chirurgie à l'Université de Würzbourg. *Edition française* par Paul Hallopeau, interne des Hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-16 de 200 pages avec 128 planches tirées en couleur, relié en maroquin souple, tête dorée, 14 fr., librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Le papillome du bassinet, par le Dr Pantaloni (de Marseille), in-8°, 31 fr.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*